

VISTO:

1.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

TENIENDO PRESENTE:

1.- El Convenio denominado "**Programa de GES Odontológico Adulto, año 2.013**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°0461 de fecha 08 de Marzo de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°1.291, de fecha 21 de Marzo de 2.013, del municipio.

2.- El Memorando N° 1741, de fecha 23 de Julio de 2.013, de la Jefa del Departamento de Salud, mediante el cual solicita contratación bajo modalidad honorarios de **VALERIA JOHANNA ALBARRAN ESPINOZA**, quien se desempeñará como Odontólogo en la Clínica Dental del Departamento de Salud.

3.- La conformidad otorgada por esta Alcaldía.-

DECRETO :

CONTRATASE, bajo modalidad honorarios a la persona que se indica.

NOMBRE : **VALERIA JOHANNA ALBARRAN ESPINOZA**

RUT. : [REDACTED]

CARGO : Odontólogo

CENTRO DE SALUD : DEPTO. DE SALUD, CLINICA DENTAL

FECHA INICIO : 19.07.2013

FECHA TERMINO : 31.12.2013

REMUNERACION : **\$180.000** Monto bruto por cada alta integral de la Etapificación IV, V, VI, el máximo de altas integrales será de 100 altas integrales, a personas de 60 años, con un rendimiento de 15 altas mensuales y haber efectuado al 30 de agosto de 2.013, un mínimo de 40 altas integrales, que serán derivadas del Odontólogo contralor del Centro de Salud. El prestador desarrollará sus funciones los días Jueves por medio de 17:30 a 20:00 horas, Viernes de 14:00 a 20:00 horas y Sábado de 08:00 a 13:00 horas

ITEM : 2152211999008.-

CONVENIO : "**Programa de GES odontológico Adulto, año 2.013**", convenio aprobado mediante Resolución Exenta N°0461 de fecha 08 de Marzo de 2.013, de la Dirección de Asesoría Jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur y Decreto Exento N°1.291, de fecha 21 de Marzo de 2.013, del municipio.

OBSERVACION : El pago se hará por las prestaciones efectivamente realizadas, respaldado por un informe que especifique los días y horarios trabajados, detallando el tratamiento efectuado mediante planilla rutificada que se adjunta con el consentimiento informado y conformidad bajo firma del paciente tratado, supervisado y visado por el Odontólogo contralor del Centro de Salud, encargado del programa y el Jefe del Departamento de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

PATRICIO ORELLANA FERRADA
SECRETARIO MUNICIPAL

SANTIAGO REBOLLEDO PIZARRO
ALCALDE